



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**AFRONTAMIENTO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN ADOLESCENTES CON
CÁNCER**

Tesis para optar al grado de Licenciada en Psicología con mención en Clínica que presenta
la Bachillera:

FIGURELLA AUBERT CABRERA

ASESORA: ROCIO SOTO BUSTAMANTE

LIMA, 2017

Agradecimientos

A mi familia, por la confianza y apoyo incondicional en cada paso desde que decidí estudiar psicología; y en especial, por la paciencia y el respeto en los momentos críticos de este proceso. Gracias mamá, papá y chato, son personas indispensables en mi vida y parte esencial de lo hoy soy.

A mi asesora, gracias Rocío por el constancia y comprensión durante todo este proceso, por tus oportunas correcciones y valiosos aportes que ayudaron a culminar y mejorar este proyecto.

Gracias a cada una de las personas que me acompañaron en este proceso, familia, amigos y conocidos; por sus palabras, sonrisas y apoyo. De manera particular, a Gonza por creer en mí, por avanzar y crecer juntos; a Nine, Macla y Analuli, gracias por todos los aprendizajes juntas; y a Laika, por ser mi inseparable compañera.

Al equipo del INEN, a cada una de las personas que me ayudaron a realizar este trabajo, por su buena disposición en todo momento. A mis compañeros de internado, por cuidarnos mutuamente y compartir ese año como una familia, gracias porque la diversidad de maneras de ser me enseñó mucho.

A cada uno de los adolescentes que participó de este estudio, gracias por compartir su tiempo e historias conmigo. Gracias también a todos los pacientes que pude conocer dentro del hospital, por enseñarme que “el cáncer no es sinónimo de muerte, sino de lucha y perseverancia”, por su fortaleza, por la fe. Gracias infinitas.

RESUMEN

Diversas investigaciones sobre neoplasias en adolescentes evidencian el incremento de casos anualmente, configurándose como un problema de salud pública; que genera repercusiones tanto a nivel físico y biológico, como en el ámbito personal y afectivo del paciente y su entorno. Este estudio analizó las relaciones entre el afrontamiento y el bienestar psicológico en un grupo de adolescentes diagnosticados con cáncer. La muestra estuvo conformada por 45 adolescentes, con edades entre los 15 y 20 años ($M=17.56$, $DE=1.7$), que se atienden de forma ambulatoria en un hospital especializado de Lima. Para la medición se utilizó la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) validada por Canessa (2002) y la Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS-J) adaptada por Casullo y Castro (2000). Los resultados evidenciaron diversas correlaciones significativas entre ambas variables; el bienestar psicológico global presenta correlaciones directas con el estilo dirigido a resolver el problema y con las estrategias concentrarse en resolver el problema, fijarse en lo positivo y preocuparse. Asimismo, la dimensión de control de situaciones mostró correlaciones directas con las estrategias concentrarse en resolver el problema y fijarse en lo positivo; la dimensión de vínculos psicosociales reportó correlaciones directas con el estilo referencia a otros y con las estrategias invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia y preocuparse; finalmente, la dimensión proyectos evidenció una correlación directa con el estilo dirigido a resolver el problema y con las estrategias buscar diversiones relajantes, buscar pertenencia, preocuparse y fijarse en lo positivo. Los resultados sustentan la importancia de continuar con esta línea de investigación.

Palabras clave: afrontamiento, bienestar psicológico, adolescentes, cáncer

ABSTRACT

Several studies and statistics about adolescent with cancer show an increase in cases annually, becoming a public health problem; which not only generates physical and biological repercussions, but also in the personal and affective environment of the patient and his environment. This study analyzed the relationships between coping and psychological well-being in a group of adolescents diagnosed with an oncologic disease. The sample consisted of 45 adolescents, aged between 15 and 20 years ($M = 17.56$, $SD = 1.7$), who are treated on an outpatient basis in a specialized hospital in Lima. Adolescents' Coping Scale (ACS) validated by Canessa (2002) and the Psychological Well-Being Scale (BIEPS-J) adapted by Casullo and Castro (2000) were used. The results evidenced many significant correlations between both variables; the global psychological well-being presents direct correlations with the style aimed at solving the problem and with the strategies concentrate on solving the problem, looking at the positive and worry. Also, the situation control dimension showed direct correlations with strategies focusing on solving the problem and focusing on the positive; The dimension of psychosocial relationships reported direct correlations with style reference to others and with strategies to invest in close friends, seek belonging and worry; finally, the projects dimension showed a direct correlation with the style aimed at solving the problem and with the strategies to look for relaxing amusements, to seek belonging, to worry and to focus on the positive. The results show the importance of continuing with this line of research.

Keywords: coping, psychological well-being, adolescents, cancer

Tabla de Contenidos

Introducción	1
Método	15
Participantes	15
Medición	16
Procedimiento	19
Análisis de datos	20
Resultados	21
Discusión	25
Referencias bibliográficas	33
Apéndices	41
Apéndice A: Consentimiento informado	43
Apéndice B: Consentimiento informado – Padres/Tutores	44
Apéndice C: Asentimiento informado	45
Apéndice D: Ficha de datos sociodemográficos	46
Apéndice E: Ficha de información médica	48
Apéndice F: Análisis de confiabilidad – Escala de Afrontamiento	49
Apéndice G: Análisis de confiabilidad – Escala Bienestar Psicológico	50

Según la Agencia Internacional de Investigación de Cáncer (International Agency for Research on Cancer - IARC, 2014), en el 2012, la carga mundial de cáncer se elevó a un estimado de 14 millones de nuevos casos al año, cifra que se espera aumente a 22 millones al año en las próximas dos décadas. Asimismo, pronostica que durante este periodo el número de muertes por cáncer se incremente de 8.2 millones a 13 millones por año. En el Perú, durante el periodo 2006-2011, se notificaron un total de 109 914 casos diagnosticados con algún tipo de neoplasia, estimándose 30792 defunciones relacionadas a esta enfermedad hacia el año 2011 (Ramos & Venegas, 2013). Estas cifras evidencian que el cáncer se configura como un problema de salud pública, tanto a nivel mundial como a nivel nacional.

Como mencionan Cuevas-Urióstegui, Villasis-Keever y Fajardo-Gutiérrez (2003) resulta difícil poder estimar la incidencia de cáncer en el grupo de adolescentes, debido a que no se cuenta con un registro poblacional sobre esta enfermedad en muchos países. Además, la mayoría de reportes institucionales y de autores describen con frecuencia al grupo de individuos menores de 20 años, sin hacer la distinción entre niños y adolescentes, ocasionando que se complejice el análisis sobre la incidencia y mortalidad de enfermedades oncológicas en este grupo específico.

Sin embargo, se ha podido encontrar que, de los nuevos casos de cáncer estimados a nivel mundial, un 13% de los diagnósticos le corresponde al grupo de niños y adolescentes, y que este tipo de enfermedad se configura como la segunda causa de muerte en menores de 20 años (SINAVE-DGE, 2011). A nivel internacional, el Instituto Nacional de Cáncer (2014) de Estados Unidos explicó que la incidencia, entre el 2004 y 2013, de casos oncológicos reportados de adolescentes, con edades entre 15 y 19 años, es de 4395; mientras que la mortalidad en este grupo etario, dentro de los mismos años, fue de 3.4 por 100 000 personas; asimismo, el Grupo de Estadísticas de Cáncer de Estados Unidos (U.S. Cancer Statistics Working Group, 2017), reporta que 22.8 de 100 000 adolescentes fueron diagnosticados el 2014.

En esta línea, dentro de los reportes en países latinoamericanos, se describe que en Argentina la tasa de incidencia de cáncer en pacientes pediátricos, menores de 20 años, entre los años 2000 y 2009, fue de 128 casos anuales por cada 1.000.000 menores (Moreno, Dussel, Abriata, Loria & Orellana, 2012); mientras que, en México, 7000 niños y

adolescentes son diagnosticados al año con alguna neoplasia y 18000 padecen de dicha enfermedad; este número de afectados está constituido en un 66.1% por adolescentes con edades entre 10 y 19 años (SINAVE-DGE, 2011).

Asimismo, a nivel nacional, hay reportes que entre los años 2006 y 2011, se diagnosticaron 1587 nuevos casos de cáncer (869 hombres y 718 mujeres) en adolescentes, con edades entre 15 y 19 años (Ramos & Venegas, 2013). En el caso particular del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2004), entre los años 2000 al 2004; el promedio anual de adolescentes (edades de 15-19 años) diagnosticados con cáncer fue de 84 nuevos casos al año, siendo la incidencia mayor en los varones (96 casos anuales) que en las mujeres (71 casos anuales). Los tipos de cáncer más recurrentes, en este grupo de edad, en ambos sexos son la leucemia linfóide (20%), los tumores óseos malignos (11%); y específicamente, en los varones, el cáncer testicular (12%) y en el caso de las mujeres, la neoplasia asociada a la glándula tiroides (8%). Aunque más recientemente, según las estadísticas de esta institución, se reportó la apertura de 349 historias nuevas, en el área de adolescentes, solo en el año 2014 (INEN, 2014).

Estas cifras resaltan la importancia de conocer las necesidades de esta población, ya que conforman un grupo significativo y que podría ser más vulnerable debido a las características propias de la etapa que están atravesando.

Como sostienen Nicolson y Ayers: “La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. Es un periodo de desarrollo biológico, social, emocional y cognitivo” (2001, p.10); dentro del cual se presentan diversas tareas, estas incluyen la finalización del crecimiento y desarrollo de la etapa previa (pubertad), la terminación de la construcción de la propia identidad, el desarrollo del pensamiento de tipo abstracto, sumado a un logro satisfactorio a nivel educacional y personal, y el inicio y establecimiento de relaciones íntimas con otras personas (Moreno, 2007).

En este marco, la importancia psicológica de todos estos cambios reside en la manera en que el adolescente vivencia estos, cómo los interpreta e integra en su visión de sí mismo (Páramo, 2008). Esta definición de sí mismo “se concentra en mayor medida en los aspectos interiores de la persona [...como]: características de personalidad, sentimientos, creencias políticas, valores personales, ubicación en los grupos sociales” (Moreno, 2007, p.63).

Es así que, se evidencia la relevancia que posee esta etapa evolutiva, ya que se configura como un “momento crucial para la consolidación y afirmación de su identidad, de su autonomía y de su integración en el grupo de iguales” (Comisión de Psicología de la Federación Española de Padres con Niños con Cáncer, 2009, p.8). Y es en este periodo tan importante, donde el efecto de un diagnóstico oncológico es devastador, pues implica adaptarse a los efectos de la enfermedad y el tratamiento, la pérdida de control personal, modificaciones en las relaciones personales que se venían desarrollando, y tener que lidiar con una gran incertidumbre y angustia hacia el propio futuro (Cuevas-Urióstegui, Villasis-Keever, & Fajardo-Gutiérrez, 2003), al mismo tiempo que deben continuar lidiando con las tareas evolutivas propias de esta etapa.

Bajo este contexto de enfermedad, surgen estresores significativos, tales como la hospitalización, la exposición a procedimientos médicos invasivos, la separación del grupo de pares, la ruptura de la rutina diaria y la adaptación a una nueva rutina, la pérdida de autonomía, control y competencia personal, y la presencia de la idea de muerte; alterando los proyectos que el adolescente tiene acerca de sí mismo y de su mundo (Iamin & Zagonel, 2011; Lewis, 1996).

Asimismo, no solo deben resolver los retos o dificultades de estas dos realidades, la adolescencia y el cáncer, sino que podrían complicarse mutuamente. La enfermedad y su tratamiento dificultan el desarrollo de una imagen y una autoestima adecuadas, como consecuencia de los deterioros físicos que el adolescente sufre debido a la propia enfermedad así como por los tratamientos recibidos; en esta misma línea, se obstaculiza el establecimiento de una identidad a través de la socialización, puesto que será más complicado para el adolescente realizar este trabajo psíquico de construcción debido al aislamiento hospitalario; así también la formación de su identidad sexual, ya que durante el tratamiento existe la posibilidad de que se sienta rechazado o que también experimente una falta de deseo (Comisión de Psicología de la Federación Española de Padres con Niños con Cáncer, 2009). Estos factores pueden ser más importantes para los pacientes adolescentes que la misma perspectiva de morir (Lewis, 1996).

Dentro de este marco, la sobrevida o supervivencia de la enfermedad es entendida como el porcentaje de pacientes que no han fallecido a causa de la enfermedad oncológica por un periodo de tiempo mayor a 5 años; así también, se utiliza para representar el

porcentaje de pacientes que no presentan síntomas luego del tratamiento (Instituto Nacional del Cáncer, 2014). Se sabe que, en Estados Unidos, la sobrevida de niños y adolescentes diagnosticados con cáncer se ha elevado notablemente en los últimos años, llegando casi al 80% (Diez, Galarregui, & Keegan, 2011); por lo que cobra relevancia estudiar los efectos a largo plazo de la presencia de una enfermedad crónica, como es el cáncer, con el fin de atender adecuadamente las necesidades de los pacientes, y así poder evitar repercusiones negativas tardías; además de buscar estrategias o métodos que faciliten la adaptación a la enfermedad.

Diez et al. (2011), a partir de la revisión bibliográfica que realizan sobre estudios psicooncológicos en sobrevivientes, exponen dos posiciones sobre los efectos psicológicos en los adolescentes sobrevivientes de cáncer, a partir de la revisión de diversos estudios realizados en esta población. Por un lado, hay evidencia de que la mayoría de los sobrevivientes, ya adultos, son psicológicamente sanos, dado que no presentan mayores niveles de ansiedad y depresión en comparación con poblaciones normales (Eiser & Vance como se citó en Diez et al., 2011); e incluso, otros autores desde esta postura exponen que la mayoría presenta un menor distrés psicológico en relación con la población general (Michel, Rebholz, Von der Weid, Bergstraesser & Kuehni como se citó en Diez et al., 2011), así también reportan que hay pacientes adolescentes con sobrevida que desarrollan una visión positiva del impacto, configurando dicha experiencia como una oportunidad de crecimiento personal (Servitzoglou, Papadatou, Tsiantis & Vasilatou-Kosmidis como se citó en Diez et al., 2011).

Sin embargo, Diez y sus colaboradores (2011) encontraron evidencia, en otras investigaciones, sobre una segunda postura que sustenta que aquellos adolescentes y adultos que padecieron de cáncer durante esa etapa, presentan mayores tasas de problemas psicológicos: mayor incidencia de síntomas de estrés postraumático (Kazak et al., 2004, como se citó en Diez et al., 2011), de niveles de ansiedad, dificultad del sueño, problemas de comportamiento y menores niveles en relación al ánimo y autoestima (Wakefield et al., 2010, como se citó en Diez et al., 2011), además de un mayor riesgo de conductas antisociales (Shultz et al., 2007, como se citó en Diez et al., 2011).

Es dentro de esta situación, donde se observan diferencias significativas en relación a aspectos saludables a nivel psicológico, que resulta relevante poder investigar aquellas

variables que permiten una mejor adaptación a este proceso, que desde un inicio de configura como desestructurante tanto para el adolescente como para su familia. Una de estas variables, es el estilo y las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes, puesto que posibilitan la construcción de una nueva experiencia, disminuyendo los factores estresantes y promoviendo una reorganización de lo cotidiano, dando un nuevo significado a la experiencia traumática de la vivencia del cáncer (Iamin & Zagonel, 2011).

En el modelo de afrontamiento transaccional planteado por Lazarus y Folkman (1984) se describe al afrontamiento como los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que cambian constantemente, y que son realizados por una persona para manejar las demandas internas y/o externas valoradas como desbordantes o que exceden los recursos personales.

Frydenberg (1997) explica, según lo planteado por Lazarus y Folkman, que este modelo se rige por los siguientes principios: el afrontamiento depende y es impulsado por el contexto, incluso sobre las características de personalidad del individuo; las cogniciones y conductas se definen por el esfuerzo, mas no por el éxito de los resultados de estas; y el afrontamiento se ve como un proceso que cambia durante el tiempo, dependiendo de la situación particular en la que se desarrolle.

De acuerdo a este modelo, las transacciones con el medio ambiente se aprecian como una amenaza o un desafío, y el estrés generado por estas es regulado a partir de las estrategias utilizadas; las mismas que pueden conducir a una resolución favorable, a ninguna resolución o a una resolución desfavorable (Frydenberg, 2008).

En este sentido, según Frydenberg (1994), el afrontamiento estaría determinado por el individuo, su ambiente y la interacción entre ambos. Definiéndolo como un conjunto de acciones que se activan o surgen frente a una situación que se evalúa como problemática (Frydenberg, 1997). Asimismo, Frydenberg explica que los estilos de afrontamiento son métodos de afrontamiento que caracterizan las reacciones de los individuos, ya sea a través del tiempo o en diferentes situaciones, por lo que pueden reflejar, en parte, las formas de afrontamiento preferido por las personas, ya que son coherentes con sus valores personales, creencias y metas (Frydenberg, 2008).

En esta línea, algunos investigadores han encontrado que las estrategias se pueden agrupar de mejor manera en tres estilos de afrontamiento, que representan aspectos

funcionales y disfuncionales del mismo. Los estilos funcionales representan intentos directos para lidiar con el problema, con o sin referencia a los demás, mientras que los estilos disfuncionales se relacionan con el uso de estrategias no productivas (Frydenberg, 1997).

El primer estilo de afrontamiento, dentro de esta división, es “Resolver el problema”, el mismo que hace referencia a un afrontamiento directo y activo, y que está compuesto por cinco estrategias de afrontamiento: concentrarse en resolver el problema, que alude a estudiar el problema sistemáticamente y analizarlo a partir de diferentes puntos de vista; esforzarse y tener éxito, comprendido por conductas que evidencian compromiso, ambición y dedicación; distracción física, que consiste en la dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma; buscar diversiones relajantes, como realizar actividades de ocio y que sean relajantes para la persona; y, por último, fijarse en lo positivo, manteniendo visión optimista y positiva de la situación actual, y una tendencia a ver el lado bueno de las cosas (Frydenberg, 1997).

El segundo estilo de afrontamiento se denomina “Referencia a los otros” y consiste en la búsqueda de ayuda y soporte por parte de sus pares o de los demás. Está constituido por seis estrategias: buscar apoyo social, entendido como la preferencia a compartir el problema con otros y buscar apoyo para su resolución; buscar apoyo espiritual, tendencia a rezar, a emplear la oración y creer en la ayuda de un líder espiritual o Dios; buscar ayuda profesional, acudir a personas que poseen una adecuada capacitación; acción social, entendido como el permitir que otros conozcan cual es el problema y tratar de conseguir ayuda a partir de ello; invertir en amigos íntimos, descrito como el esfuerzo por buscar y comprometerse en alguna relación de tipo personal e íntimo; y buscar pertenencia, expuesto como la preocupación e interés por las relaciones con los demás y por lo que estos piensan (Frydenberg, 1997).

El ultimo estilo de afrontamiento es el “Afrontamiento no productivo”, que refleja una combinación de estrategias evitativas y no productivas, que están empíricamente asociadas a la incapacidad de afrontar. Está compuesto por siete estrategias específicas: preocuparse, caracterizado por elementos que indican temor por el futuro o preocupación por la felicidad futura; hacerse ilusiones, basado en la anticipación de una salida positiva y que todo tendrá un buen final; falta de afrontamiento, incapacidad para enfrentarse al

problema y tendencia a desarrollar síntomas psicósomáticos; ignorar el problema, realizando un esfuerzo consciente por negar el problema; reducción de la tensión, intento por sentirse mejor y de relajar la tensión que le genera la situación estresante; reservarlo para sí, que consiste en aislarse o huir de los demás con el propósito de que no conozcan el problema; y autoinculparse, estrategia mediante la cual la persona se ve como responsable del evento o situación que le genera estrés (Frydenberg, 1997).

En relación a la evidencia empírica sobre el afrontamiento de adolescentes con una enfermedad oncológica, Till (2004) halló en un grupo de adolescentes australianos que, durante la experiencia de su enfermedad, estos utilizaron en un inicio estrategias de afrontamiento asociadas a la negación, como la realizar actividades distractoras, entendidas desde la teoría de Frydenberg como estrategias no productivas; para luego, utilizar otras más activas (estrategias dentro de los estilos resolución de problema y referencia a otros): mantenerse informados, proseguir con sus estudios y buscar grupos de apoyo que les permitan compartir sus vivencias y aprender a partir de las experiencias de sus compañeros.

Asimismo, Iamin y Zagonel (2011), a partir de un meta-análisis, hallaron que las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia, por los adolescentes que padecen de enfermedades neoplásicas, están relacionadas a estrategias como buscar apoyo social, buscar diversiones relajantes, invertir en amigos íntimos, fijarse en lo positivo y buscar apoyo espiritual.

Siguiendo esta línea, Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quinceno (2007), hallaron en una muestra de 28 adolescentes y adultos oncológicos colombianos, que las estrategias de afrontamiento más empleadas fueron ignorar el problema y fijarse en lo positivo, mientras que la que se usó menos fue la acción social.

Dentro del contexto peruano, se han realizado dos estudios con poblaciones de adolescentes oncológicos: Zuñiga (2002) desarrolló un estudio con 31 adolescentes (entre 13 y 19 años) diagnosticados con leucemia, mientras que Dextre (2011) trabajó con 30 adolescentes (entre 13 y 20 años) diagnosticados con diferentes tipos de cáncer. En ambos, se encontró que el estilo de afrontamiento más utilizado fue el de resolución del problema, seguido de referencia a otros, mientras que el estilo de afrontamiento no productivo se sitúa como el menos empleado por los adolescentes de ambos grupos; asimismo, los resultados

coincidieron en que las estrategias con uso más frecuente fueron concentrarse en resolver el problema y buscar apoyo espiritual.

Además, Zúñiga (2002) también halló que destaca la estrategia de esforzarse y tener éxito, y que preocuparse e ignorar el problema se configuran como las estrategias menos utilizadas; mientras que, Dextre (2011) reporta que las estrategias fijarse en lo positivo, preocuparse y buscar diversiones relajantes fueron las estrategias con una tasa alta de utilización, en contraste con las estrategias reducción de tensión, falta de afrontamiento y acción social, que puntuaron como las estrategias con menos uso.

Por otro lado, hay evidencia que los estilos y estrategias de afrontamiento podrían reforzarse o modificarse dependiendo del tiempo transcurrido desde el diagnóstico oncológico del paciente. Franks y Roesch (2006) exponen que la relación entre cómo el paciente ve su enfermedad (evaluación cognitiva) y el tipo de afrontamiento que utiliza se suelen volver más fuertes dependiendo del tiempo post-diagnóstico. Por ejemplo encontraron que a mayor tiempo post-diagnóstico más fuerte era la relación entre las evaluaciones de amenaza y un afrontamiento más activo y un afrontamiento centrado en el problema; mientras que, para la relación entre la evaluación de tipo desafío y el afrontamiento centrado en el problema es inverso, ya que a menor tiempo post-diagnóstico mayor es la relación.

En este sentido, se puede observar que “las estrategias de afrontamiento adaptativas puestas en juego en pacientes con cáncer están relacionadas con menores síntomas de depresión, estrés postraumático, síntomas somáticos así como una mejor calidad de vida” (Phipps, 2007, como se citó en Comisión de Psicología de la Federación Española de Padres con Niños con Cáncer, 2009, p.68), por ende, se podría considerar que el uso de las diferentes estrategias de afrontamiento también afecta el bienestar psicológico percibido por el o la adolescente.

La evolución de los estudios e investigaciones sobre el concepto de bienestar ha generado la creación de dos tradiciones: por un lado, la tradición hedónica referida a un bienestar subjetivo, que indaga las causas de la satisfacción o insatisfacción derivada de juicios cognitivos y reacciones afectivas propias de los individuos (Diener, 1994). Por otro lado, la tradición eudaimónica, que está relacionada al bienestar psicológico, se centra en el

desarrollo personal y en la manera en la que se enfrentan retos, así como el esfuerzo invertido en alcanzar metas deseadas (Ryff & Keyes, 1995).

A partir de evidencia proporcionada por Ryff, Singer y Love (2004), encontramos que existe una amplia relación entre el bienestar psicológico y la salud, específicamente en enfermedades como la fibromialgia, afecciones cardíacas, párkinson y, sobre todo, cáncer; no solo en lo que respecta a la prevención de estas, sino también en su evolución, puesto que manifiesta una relación significativa con indicadores de respuesta inmune, endocrina, metabólica e inflamatoria (Chaves, 2014). Además, este tipo de bienestar ha mostrado una relación más consistente con la salud física que el bienestar subjetivo (Vázquez & Hervás, 2009). Por ello, y debido a que el bienestar psicológico se enfoca en las capacidades y en la adaptación al ambiente; se decidió estudiar dicho constructo en la presente investigación.

El bienestar psicológico está relacionado a los resultados de actividades dirigidas a metas positivas; y descansa en el supuesto de que los individuos se esfuerzan por funcionar plenamente y hacer realidad sus talentos únicos (Chen, Jing, Hayes, & Lee, 2012). Este enfoque “se ha centrado en el desarrollo personal, en las formas de afrontar los retos vitales y en el esfuerzo de las personas por conseguir sus metas, así como también en las valoraciones que hacen de sus circunstancias y de su funcionamiento dentro de la sociedad” (Zubieta, Muratori, & Fernández, 2012, p.68).

Desde el modelo postulado por Carol Ryff, modelo multidimensional, el bienestar psicológico se centra en el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995); prioriza la aceptación y el crecimiento personal del individuo, así como la adaptación a su ambiente social y la integración que realiza del mismo (García, 2002). Asimismo, propone que el funcionamiento psicológico estaría conformado por una estructura de seis factores: autoaceptación, crecimiento personal, propósitos de vida, relaciones positivas con otros, dominio medio ambiental y autonomía (Ryff, 2014).

La autonomía, describe que los individuos se ven a sí mismos viviendo de acuerdo a sus propias convicciones; denotando en un funcionamiento óptimo autodeterminación e independencia, en contraste con niveles bajos donde se muestran preocupados por las expectativas y evaluaciones generadas por los demás. El dominio medio ambiental se refleja en lo bien que las personas perciben que están manejando las diversas situaciones de su vida; mostrando en niveles altos el control sobre su entorno y el conjunto de actividades

externas que se relacionan a este, mientras que en un funcionamiento deficitario muestran dificultad para lidiar con asuntos cotidianos (Ryff, 2014).

El crecimiento personal hace referencia a la medida la persona hace uso de sus talentos personales y de su potencial; observándose en niveles altos una sensación de desarrollo continuo, crecimiento personal y expansión; a diferencia de niveles bajos donde existe un sentido de estancamiento personal. Mientras que la dimensión de relaciones positivas con otros consiste en la profundidad de la conexión que poseen en las relaciones con otras personas significativas; evidenciándose en un funcionamiento óptimo relaciones cálidas, satisfactorias y confiables con los demás; en contraparte, en un funcionamiento deficitario son pocas las relaciones de confianza con otros (Ryff, 2014).

La dimensión de propósitos de vida explica el grado en que perciben que sus vidas tienen significado, propósito y dirección; encontrándose en niveles altos, personas que tienen metas en la vida y sentido de direccionalidad; mientras que en los niveles bajos, hay una carencia de sentido de significado en la vida. Y por último, la dimensión de autoaceptación se enfoca en el conocimiento y aceptación de sí mismos, incluyendo la conciencia de las limitaciones personales; en niveles altos se observa la presencia de una actitud positiva hacia uno mismo, y en niveles bajos una sensación de insatisfacción con uno mismo (Ryff, 2014).

Existe evidencia empírica que sustenta y da una visión acerca de los niveles de bienestar psicológico, así como de las dimensiones más afectadas, que se presentan en pacientes oncológicos adolescentes. A partir de la revisión de diversas investigaciones en Estados Unidos, Schwartz, Kazak y Mougianis (2009) encontraron bajos niveles de ansiedad y depresión en adolescentes diagnosticados con cáncer, así como niveles normales de bienestar psicológico. Acorde con estos datos, en Nueva Zelanda, Yallop (2011), halló en una muestra de 396 adolescentes (13-18 años) sobrevivientes a un cáncer infantil, con un promedio de dos años post remisión, que la mayoría de los participantes presentaba un bienestar alto, asimismo, este grupo se situó dentro del rango normal en relación a signos de depresión y de ansiedad.

Asimismo, en España, se encontró que un grupo de 372 adolescentes supervivientes de cáncer presentaba una mayor percepción de bienestar psicológico, en comparación con

el grupo control sin historia previa de cáncer (Castellano, Blasco, Oller, Pérez-Campdepadrós, Sánchez De Toledo, & Capdevilla, 2009).

Sin embargo, también existe evidencia que se contrapone a lo mencionado anteriormente; como exponen Cádiz, Urzúa y Campbell (2011), en el estudio que realizan sobre la calidad de vida de una muestra de 41 niños y adolescentes chilenos sobrevivientes al cáncer, en donde el bienestar psicológico, considerado uno de los factores a evaluar, se sitúa como el más bajo en comparación a los otros factores (bienestar físico, relación padres y autonomía, apoyo social y pares, y ambiente escolar).

Por otro lado, Noel, D'Anello, Araujo y De Sousa (2012), encontraron para un grupo de niños y adolescentes venezolanos con cáncer que estos presentaron bajos niveles de autoestima, lo que podría relacionarse a menores niveles de autoaceptación, además de reportar que las emociones predominantes fueron ansiedad, tensión emocional, depresión, sensación de amenaza y capacidad limitada de autocuidado, evidenciando un pobre dominio del entorno y propósitos de vida.

Es así que se observan dos tendencias claras en relación al bienestar psicológico presentado por este grupo de pacientes; por un lado, hay autores e investigaciones que reportan un bienestar psicológico alto en los adolescentes oncológicos; mientras que, por otro lado, hay investigadores que exponen que este grupo suele presentar un bienestar psicológico disminuido. Por tanto, en vista de los resultados no concluyentes, resulta relevante estudiar el papel de variables relacionadas, como el afrontamiento, que puedan estar interviniendo en el bienestar que presentan los adolescentes con un diagnóstico de cáncer.

Actualmente, la evidencia empírica sobre la relación de ambos constructos, estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico, en adolescentes diagnosticados con algún tipo de neoplasia es escasa; es por ello que, a fin de tener una idea de cómo podrían correlacionarse ambas variables, se presentará una explicación teórica.

Como se mencionó, el afrontamiento hace referencia a aquellos esfuerzos enfocados en manejar y poder lidiar con situaciones que la persona evalúa como amenaza o desafío, pues considera que exceden sus propias capacidades (Lazarus & Folkman, 1984). Muchas personas con cáncer utilizan estrategias de afrontamiento que no necesariamente les ayudan a hacer frente directamente a la enfermedad, sino que se enfoca en ayudarlos a tolerar dicha

situación; en este sentido, estas estrategias que son de tipo evitativas suelen provocar ansiedad y depresión (Bellver & Verdel, 2015).

En contraste, aquellas estrategias de afrontamiento adaptativas, enfocadas en resolver el problema, utilizadas por pacientes con cáncer están relacionadas con menores síntomas de depresión, estrés post-traumático y síntomas somáticos, así como con una mejor calidad de vida (Phipps, 2007).

Asimismo, entendiendo que el bienestar psicológico se centra en el desarrollo personal y en las capacidades que la propia persona evalúa como efectivas para hacer frente a diferentes retos (Ryff & Keyes, 1995), evidenciándose en niveles elevados, una percepción positiva de sí mismo, control de su entorno, relaciones íntimas y de confianza con su red social y direccionalidad de sus planes de vida (Ryff, 2014). Siguiendo esta línea, podríamos asumir que el uso de estilos y estrategias de afrontamiento enfocadas en resolver el problema se asocian a niveles elevados de bienestar psicológico; mientras que, los estilos y estrategias de afrontamiento de tipo evitativo se podrían relacionar a un bienestar psicológico menor.

En esta misma línea, y con el propósito de tener un panorama más claro, se podrían tomar como referencia estudios realizados en adolescentes sanos, población que si bien posee niveles de estrés y preocupaciones diferentes podrían aportar una visión sobre la situación actual de la muestra que se estudiará al compartir características de la etapa evolutiva: tipo de pensamiento, cambios que experimentan, entre otras.

En España, González, Montoya, Casullo y Bernabéu (2002) estudiaron la relación entre el afrontamiento y el bienestar psicológico en 417 adolescentes (15-18 años), encontrando que el bienestar psicológico global posee una relación negativa y significativa con el estilo de afrontamiento no productivo, además de observar relaciones directas y significativas entre el bienestar psicológico y los estilos de resolver el problema y referencia a los otros (en este último, con excepción de las estrategias de búsqueda de pertenencia y acción social) y con la estrategia de preocuparse.

Asimismo, a nivel nacional se encontró evidencia de la relación entre variables, no obstante, en un grupo de mujeres con cáncer de mama. Se halló que el estilo evitativo (estilo de afrontamiento no productivo, desde la teoría de Frydenberg) correlacionó de forma inversa y significativa con el bienestar psicológico global y sus dimensiones de

autonomía y dominio del entorno psicológico. Así también, la estrategia de reinterpretación positiva (estrategia de fijarse en lo positivo) estableció una relación directa y significativa con la dimensión de autoaceptación, al igual que el afrontamiento activo (concentrarse y resolver el problema) con la dimensión de propósitos de vida. (Becerra y Otero, 2013)

A partir de lo expuesto, si bien no hay cifras exactas sobre la incidencia y mortalidad de enfermedades oncológicas en adolescentes, a partir de los datos recolectados se evidencia el incremento de casos anualmente, configurándose como un problema de salud pública, tanto a nivel internacional como nacional. Asimismo, este tipo de enfermedades desencadenan un estado de crisis en la persona diagnosticada y en su familia, debido a que desestructura todos los proyectos presentes y futuros, e incluso afecta la evaluación de sus vivencias pasadas.

En los adolescentes, esta noticia puede llegar a ser aún más devastadora, puesto que se hallan en una etapa que de por sí demanda adaptarse a muchos cambios (biológicos, sociales, psicológicos y afectivos) a partir de los cuales construirán su propia identidad, sumándose a ello, las demandas de la enfermedad. Si bien, este proceso puede tener un desarrollo positivo en algunos pacientes, logrando una adaptación saludable y configurando esta experiencia como una oportunidad de crecimiento personal, también hay evidencia de casos donde el desenvolvimiento tiene características desfavorables, generando malestar en el individuo.

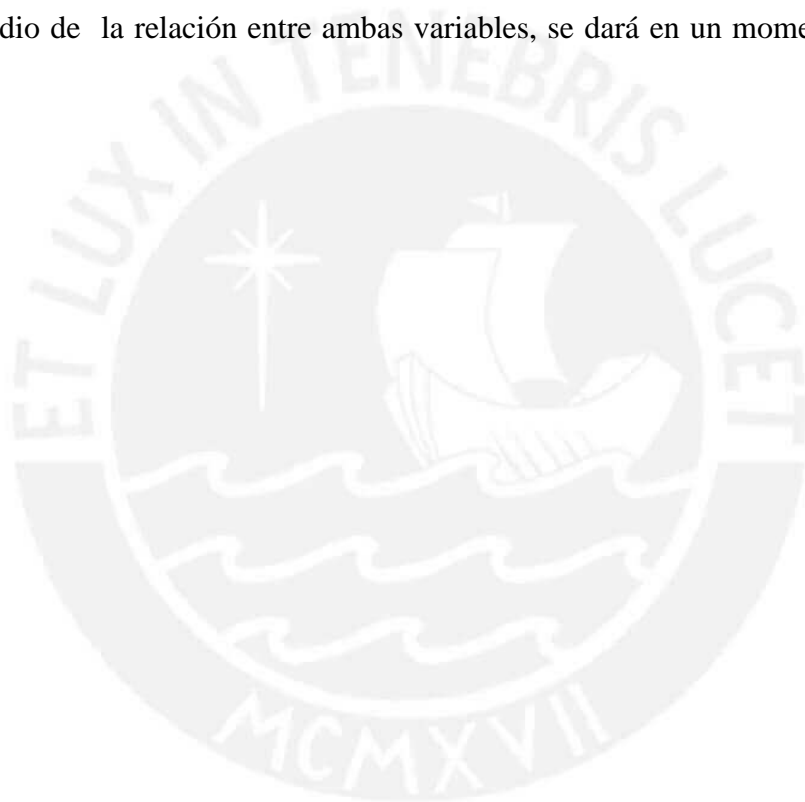
Es en este punto donde los factores que puedan contribuir a desarrollar un proceso más saludable cobran significancia y se destaca la necesidad de estudiarlos. Es bajo este panorama que variables como los estilos y estrategias de afrontamiento, y el bienestar psicológico, resaltan por su posible papel en la interpretación y resignificación de las propias experiencias por parte del paciente.

La relevancia del presente estudio, recae en poder entender cómo las dos variables estudiadas: afrontamiento y bienestar psicológico, se relacionan dentro del proceso de la enfermedad que presentan los adolescentes diagnosticados con cáncer; para que de esta manera se optimice y afine la intervención psicológica con estos pacientes, brindándoles un adecuado apoyo, permitiendo a corto plazo una adaptación saludable a todo el proceso hospitalario y el tratamiento, así como, a largo plazo les brinde las herramientas necesarias para hacer frente a las secuelas de la enfermedad y los miedos que involucra seguir un

tratamiento o la remisión, sin presentar repercusiones psicológicas altamente dañinas, y poder desenvolverse sin problemas al reinsertarse en su “nueva vida” como sobrevivientes.

Es así que, el objetivo general del presente estudio es describir la relación entre el bienestar psicológico y los estilos y las estrategias de afrontamiento utilizados por un grupo de adolescentes diagnosticados con una enfermedad oncológica, que actualmente asisten a un hospital especializado de Lima Metropolitana. Asimismo, se plantea como objetivo específico, describir si existen diferencias en el estilo y las estrategias de afrontamiento dependiendo del tiempo post-diagnóstico que poseen los pacientes al momento de la evaluación.

El estudio de la relación entre ambas variables, se dará en un momento específico del tiempo.



Método

Participantes

La presente investigación contó con la participación de 45 adolescentes, de ambos sexos (26 hombres, 19 mujeres), con edades entre 15 y 20 años ($M=17.56$, $DE=1.7$), diagnosticados con una enfermedad oncológica, con un tiempo mínimo de diagnóstico de un mes y máximo de 8 años y 10 meses ($M=18.67$ meses, $DE=23.43$ meses), que, son atendidos, recibiendo tratamiento o asistiendo a controles, de manera ambulatoria en un hospital especializado de Lima Metropolitana. Ninguno de los participantes ha sido diagnosticado con algún tipo de enfermedad o trastorno mental, no presentan recidiva de enfermedad, ni pertenecen a un estadio avanzado (estadio clínico IV o presenta metástasis).

Todos los participantes son atendidos con el Seguro Integral de Salud (SIS), son solteros y ninguno de ellos tiene hijos; el 38% de ellos procede de Lima, mientras que el 62% restante pertenece a provincia. En relación al nivel de instrucción que poseen, se encontró que el 49% aun no culmina la secundaria, el 29% cuenta con secundaria completa y un 22% tiene estudios superiores incompletos. Asimismo, se observó que, antes de ser diagnosticados, el 89% se hallaba estudiando, el 7% trabajando y un 4% no poseía ninguna ocupación; sin embargo, al momento de la entrevista, solo un 24% continua o ha retomado sus estudios, el 9% está trabajando y 67% de ellos no posee ninguna ocupación.

En relación al diagnóstico que poseen, se encontró que un 49% padece de algún tipo de leucemia, 29% presentan tumores sólidos en diferentes zonas, 15% tienen osteosarcomas y un 7% fueron diagnosticados con linfomas. El 73% recibe algún tipo de tratamiento (quimioterapia, radioterapia o ambas) y el 27% restante se encuentra en controles. Así también, se reportó que 67% de los participantes ha contado con apoyo o terapia psicológica durante el proceso de la enfermedad, aunque, actualmente, solo un 9% posee este tipo de apoyo.

A todos los participantes menores de edad se les entregó un asentimiento informado (ver apéndice C), además de requerir el consentimiento de sus padres o un tutor (ver apéndice B); en el caso de los participantes con mayoría de edad, un consentimiento informado (ver apéndice A). De igual manera, fueron informados verbalmente sobre la

naturaleza del estudio, se les explicó que su participación es voluntaria y que los datos recolectados serán anónimos y utilizados únicamente con fines académicos y en pro de mejorar el acercamiento e intervención psicológica, y que se tendrán las precauciones del caso para salvaguardar la confidencialidad de los mismos.

Asimismo, durante la entrevista se tuvo el cuidado adecuado para establecer un espacio de contención emocional; además de invitarlos al servicio psicología al concluir cada una de las entrevistas.

Medición

Estilos y Estrategias de Afrontamiento. Para la medición de este constructo se utilizó la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (Frydenberg y Lewis, 1993) en su validación realizada por Canessa (2002) al contexto peruano, a partir de la adaptación española de Pereña y Seisdedos (1997).

La escala original de Frydenberg y Lewis (1993) cuenta con 80 ítems, de los cuales 79 son de pregunta cerrada, y el restante, de pregunta abierta. Se agrupan y evalúan 18 estrategias de afrontamiento postuladas por Frydenberg, mencionadas previamente; que a su vez, se distribuyen en 3 estilos de afrontamiento. Los ítems se puntúan a través de una escala tipo Likert de cinco puntos: No me ocurre nada o no lo hago (1), Me ocurre o lo hago raras veces (2), Me ocurre o lo hago algunas veces (3), Me ocurre o lo hago a menudo (4) y Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia (5). Algunos ejemplos de los ítems son los siguientes: “Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema”, “Me dedico a resolver lo que está provocando el problema”, “Espero que ocurra lo mejor”, “Intento llorar y/o gritar”, entre otros.

Asimismo, la escala original fue validada a partir de dos estudios, el primero, realizados a 643 adolescentes australianos con edades entre 15 y 18 años (en 1990) y otro aplicado a 576 escolares entre 13 y 17 años en 1992; mediante un análisis factorial (rotación oblicua oblmin) encontrando que las 18 escalas propuestas tienen validez de constructo, y que la confiabilidad de cada una de estas escalas evidencia suficiente estabilidad, obteniendo coeficientes de consistencia interna que oscilaron entre .62 y .87 en la forma específica, y entre .54 y .84 en la forma general (Frydenberg y Lewis, 1993).

Esta escala, fue traducida al español y adaptada por Pereña y Seisdedos (1997) en España, con una muestra de 452 adolescentes con edades entre 12 y 20 años. Revisaron y compararon los puntajes obtenidos en esta muestra frente a los resultados obtenidos por Frydenberg y Lewis en Australia; asimismo, realizaron un análisis factorial de los componentes principales, encontrando cuatro dimensiones claramente diferenciadas: acción positiva y esforzada, huida intropunitiva, acción positiva hedonista y introversión (Canessa, 2002). Esta prueba fue utilizada en países latinoamericanos como Uruguay (García, 2008), Argentina (Della Mora, 2006), entre otros.

Esta escala fue utilizada para la validación realizada por Canessa (2002) en el Perú, en una muestra de 1236 escolares de Lima (14-17 años), obteniendo una correlación ítem-test mayor a .20 para 78 de 79 ítems (no se acepta el ítem 33, perteneciente a la escala de búsqueda de apoyo espiritual). Asimismo, describe que se obtuvieron valores estadísticamente significativos a partir del análisis de consistencia interna (.48 - .84); ubicándose dentro del grupo de escalas con los valores de alfa más pequeños: buscar diversiones relajantes (.48) y hacerse ilusiones (.52), mientras que los valores con alfa más altos le corresponden a las escalas de distracción física (.84) y buscar ayuda profesional (.76).

A partir del análisis factorial de las 18 escalas ($KMO=.82$, $\chi^2=7127.24$, $p<.05$), se encuentran 6 dimensiones que explican el 67.6% de la varianza total: afrontamiento activo frente al problema (25%), afrontamiento no productivo (14.7%), distanciamiento en general (9.5%), búsqueda de apoyo social y emocional frente al problema (7.2%), interpretación positiva del problema (6.2%) y búsqueda de apoyo social instrumental (5.0%) (Canessa, 2002).

En un estudio aplicado en Perú, con una muestra de adolescentes diagnosticados con cáncer, se observó que la confiabilidad del instrumento mantenía valores similares a los obtenidos por Canessa, evidenciándose la utilidad del instrumento con este tipo de población (Dextre, 2011).

En el presente estudio, se encontró en relación a la confiabilidad que, el estilo de resolución del problema presentó un alfa de Cronbach de .89; el estilo de referencia a los otros, .89; y el estilo de afrontamiento no productivo, .74. Asimismo, las estrategias presentaron índices adecuados que iban de .51 (buscar diversiones relajantes) a .89

(distracción física), a excepción de reducción de tensión (.39), acción social (.31), ignorar el problema (.37) y falta de afrontamiento (.43) que obtuvieron índices no confiables, por lo que, no fueron considerados para el análisis (ver apéndice F).

Bienestar Psicológico. Para medir el bienestar psicológico se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico – BIEPS-J (Casullo & Castro, 2000); basada en las 6 dimensiones de la teoría multidimensional sobre bienestar psicológico de Ryff (como se citó en García, 2002). La escala cuenta con 13 ítems agrupados en 4 dimensiones: *control de situaciones* (“Creo que me hago cargo de lo que digo o hago”), *vínculos psicosociales* (“Tengo amigos(as) en quienes confiar”), *proyectos* (“Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida”) y *aceptación de sí mismo* (“Estoy bastante conforme con mi forma de ser”).

Para la creación de la escala, Casullo y Castro (2000) trabajaron con 1270 adolescentes (13-18 años) de educación secundaria en Argentina, para lo cual se siguieron tres procesos, el primero constó de la revisión de validez de contenido de 36 ítems iniciales (6 ítems por cada dimensión propuesta por Ryff), por parte de tres psicólogos especialistas; donde se eliminaron aquellos ítems que no obtuvieron un acuerdo mayor al 75%, quedando únicamente 20 ítems que representaban 5 dimensiones (4 ítems por cada dimensión).

En segundo lugar se procedió con una revisión de las características psicométricas de los 20 ítems restantes, a partir de un análisis factorial ($KMO=.72$, $\chi^2=1343$, $p<.001$) de componentes principales con rotación varimax, concluyendo con la eliminación de siete de los ítems que poseían una saturación alta en más de un factor. Por lo que, la escala quedó compuesta por 13 ítems que evalúan las cuatro dimensiones antes mencionadas, obteniendo una confiabilidad global aceptable de .74 (Casullo & Castro, 2000).

Por último, se realizó un estudio descriptivo-correlacional (validez de criterio), con otras pruebas para verificar que los ítems discriminen correctamente el constructo. Los resultados obtenidos confirmaron la validez de los ítems, presentando una correlación significativa y directa con una escala de satisfacción de vida; además, se encontró que mantiene una correlación significativa inversa con una escala de sintomatología psicopatológica (Symptom Checklist – 90 – R) (Casullo & Castro, 2000).

Esta escala también ha sido utilizada en una población de adolescente presuntamente sanos de Perú, siendo validada por Martínez y Morote (2001, como se citó en Cassaretto & Martínez, 2009), reportando confiabilidad global de .57 y correlaciones

positivas ítem-test ($>.20$) (Garín, 2011). Asimismo, Garín (2011), en un estudio con adolescentes entre 13 a 17 años, evalúa la confiabilidad global de la escala (.52) y de cada dimensión (.40-.54), obteniendo un funcionamiento adecuado de la misma.

En relación a las confiabilidades de la escala, en la presente investigación, se obtuvo un alfa de Cronbach global de .68; asimismo, se observó que la dimensión de aceptación de sí mismo presentó un alfa igual a .42; la dimensión de vínculos psicosociales, .51; la dimensión de control del entorno, .60; y la dimensión de proyectos, .52 (ver anexo G), por lo que se tomó la decisión de no considerar la dimensión de aceptación de sí mismo para el análisis.

Procedimiento

Previo a la recolección de datos, y luego de recibir la aprobación y permiso del proyecto por parte de la institución en la que se realizó la aplicación; se obtuvo el permiso para tener acceso a las listas de citas médicas. Posteriormente, se contactó a cada uno de los posibles participantes para explicarles brevemente el objetivo del estudio, tanto a sus padres (en el caso de los menores de edad) como a los propios pacientes.

Una vez que los participantes o sus tutores, de ser el caso, aceptaron o autorizaron la participación en el estudio, se procedió a coordinar una cita para la aplicación o proceder con esta en ese momento; en ambos casos, esta se realizó dentro de un ambiente seguro y de manera individual, teniéndose los cuidados adecuados para salvaguardar su bienestar emocional. Se les entregaron los consentimientos o asentimientos informados; seguidamente, se recolectó la información de la ficha sociodemográfica, luego se aplicó la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS), y la Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS-J).

Por último, y a manera de agradecimiento por el tiempo e información brindada por parte de los participantes, se realizará un taller de inducción para esta tipo de población dentro de la institución en la que se realizó la investigación; en base a los resultados obtenidos.

Análisis de datos

Para realizar el análisis de los datos obtenidos, se utilizó el software estadístico IBM SPSS Statistics 22. En primer lugar, se realizaron pruebas de normalidad, con el estadístico Shapiro-Wilk, y se revisaron los descriptivos de asimetría y curtosis, para las dos variables psicológicas, obteniéndose muestras de distribución normal para los tres estilos de afrontamiento y 10 de las estrategias; y muestras de distribución no normal para 5 estrategias de afrontamiento y para el puntaje global de bienestar psicológico y las cuatro dimensiones que lo componen.

Seguidamente, se obtuvieron los estadísticos descriptivos de las variables psicológicas, de las características sociodemográficas de los participantes y características médicas o de la enfermedad. Luego, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para revisar la correlación entre los estilos y las estrategias de afrontamiento y el bienestar psicológico global y sus dimensiones reportados.

Finalmente, para evaluar el objetivo específico, se realizó un análisis del tiempo post-diagnóstico, utilizando el coeficiente de correlación r de Pearson y el coeficiente de correlación de Spearman dependiendo de la distribución de la variable psicológica con la que se trabajó.

Resultados

En este capítulo, se presentan, en primer lugar, los resultados descriptivos y los relacionados al objetivo específico obtenidos para los estilos y estrategias de afrontamiento; así como, los resultados descriptivos para la variable bienestar psicológico y sus dimensiones. Finalmente, se reportan los datos obtenidos en relación al objetivo general de la investigación, la correlación entre ambos constructos.

Ahora bien, en cuanto al constructo de afrontamiento, el estilo que destacó entre el grupo de adolescentes fue el estilo dirigido a resolver el problema, seguido por referencia a otros, mientras que el menos utilizado fue el estilo de afrontamiento no productivo. En esta línea, se observó que las estrategias utilizadas con mayor frecuencia fueron buscar diversiones relajantes, fijarse en lo positivo, preocuparse y buscar apoyo espiritual; mientras que, la estrategia cuyo uso fue el menos reportado es autoinculparse (ver tabla 1).

Asimismo, en relación al objetivo específico de esta variable, se encontró que, respecto al tiempo post-diagnóstico, esta variable presenta una correlación significativa, directa y mediana, con el estilo dirigido a resolver el problema ($r_s=.31$, $p=.04$) y con dos tipos de estrategias de afrontamiento: buscar diversiones relajantes ($r_s=.33$, $p=.03$) y distracción física ($r_s=.31$, $p=.04$).

Por otro lado, en relación al bienestar psicológico, se observó que la mayoría de los adolescentes entrevistados, presenta un bienestar psicológico global medio (48.9%), y el porcentaje restante se distribuye de manera similar, tanto en el grupo que reportó un bienestar psicológico alto (24.4%) y bajo (26.7%); registrando un puntaje medio muestral (mediana) de 35. Asimismo, se encontró que la dimensión de control de situaciones presenta una distribución similar a la del bienestar psicológico global, ubicándose la mayoría en el rango medio, sin embargo, en cuanto a las dimensiones de proyectos y vínculos psicosociales se observó que un mayor porcentaje de los participantes se ubica dentro del rango alto (ver tabla 2).

Tabla 1

Estadísticos descriptivos para Estilos y Estrategias de Afrontamiento

	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
Estilo 1: Dirigido a resolver el problema	65.49		13.85	34	92
Concentrarse en resolver el problema	63.64		16.71	28	96
Esforzarse y tener éxito	59.56		16.05	24	96
Fijarse en lo positivo	75.00		14.58	30	100
Buscar diversiones relajantes		77.00	17.12	21	105
Distracción física		49.00	24.35	21	105
Estilo 2: Referencia a otros	60.01		12.52	26	87
Buscar apoyo social	57.96		15.01	32	84
Invertir en amigos íntimos	56.36		17.37	24	92
Buscar pertenencia	60.98		14.04	28	88
Buscar apoyo espiritual		70.00	16.77	20	100
Buscar ayuda profesional		45.00	19.12	20	100
Estilo 3: Afrontamiento no productivo	54.89		8.40	39	72
Preocuparse	72.89		14.22	36	100
Hacerse ilusiones	64.00		14.97	20	92
Autoinculparse		40.00	14.29	20	70
Reservarlo para sí	53.44		16.30	20	90

N=45

Tabla 2

Estadísticos descriptivos para Bienestar Psicológico global y dimensiones

	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Bajo (%)</i>	<i>Medio (%)</i>	<i>Alto (%)</i>
Bienestar Psicológico global	35	3.03	24	39	26.7	48.9	24.4
Control de situaciones	2.75	0.37	1.75	3.00	28.9	40.0	31.1
Vínculos psicosociales	2.66	0.40	1.33	3.00	26.7	26.6	46.7
Proyectos	3.00	0.27	2.00	3.00	33.3	---	66.7

N=45

Finalmente, en relación al objetivo general, se hallaron diversas correlaciones significativas entre ambos constructos.

Se encontró que el bienestar psicológico global presentó una correlación directa y mediana con el estilo de afrontamiento dirigido a resolver el problema, y con las estrategias concentrarse en resolver el problema, fijarse en lo positivo y preocuparse. Asimismo, se

evidenció que la dimensión control de situaciones mostró una correlación directa y mediana con las estrategias concentrarse en resolver el problema y fijarse en lo positivo (ver tabla 3).

En esta misma línea, la dimensión de vínculos psicosociales reportó correlaciones directas y medianas con el estilo de afrontamiento referencia a otros y con las estrategias invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia y preocuparse. Por último, la dimensión de proyectos evidenció correlaciones directas y medianas con el estilo dirigido a resolver el problema y con las estrategias buscar diversiones relajantes, buscar pertenencia y preocuparse, además de una correlación directa y pequeña con la estrategia fijarse en lo positivo (ver tabla 3).

Tabla 3

Correlaciones entre Bienestar Psicológico y Estilos y Estrategias de Afrontamiento

	Bienestar psicológico global	Control de situaciones	Vínculos psicosociales	Proyectos
Estilo 1: Dirigido a resolver el problema	.31*	.29	.11	.31*
Concentrarse en resolver el problema	.32*	.34*	.19	.26
Esforzarse y tener éxito	.08	.16	-.05	.09
Fijarse en lo positivo	.39**	.42**	.10	.29*
Buscar diversiones relajantes	.22	.13	.20	.36*
Distracción física	.28	.19	.07	.25
Estilo 2: Referencia a otros	.25	.11	.33*	.28
Buscar apoyo social	.21	.12	.29	.21
Invertir en amigos íntimos	.28	.01	.45*	.25
Buscar pertenencia	.18	-.00	.35*	.30*
Buscar apoyo espiritual	.27	.29	.08	.26
Buscar ayuda profesional	.04	-.07	.11	.10
Estilo 3: Afrontamiento no productivo	.09	.19	.04	.12
Preocuparse	.33*	.23	.34*	.31*
Hacerse ilusiones	.19	.25	.09	.06
Autoinculparse	-.16	-.12	-.03	-.12
Reservarlo para sí	.09	.23	-.10	.11

N=45, * $p < .05$, ** $p < .01$



Discusión

En relación a los resultados obtenidos por el grupo de adolescentes que participó en la investigación, se observó que el estilo que reportó un mayor uso fue el dirigido a resolver el problema, seguido de referencia a otros; en contraposición, el estilo con menor uso fue afrontamiento no productivo. Estos datos coinciden con la información expuesta por Zuñiga (2002) y Dextre (2011) dentro del contexto peruano y con poblaciones similares; asimismo, a nivel internacional, Engvall, Mattsson, Essen y Hedström (2011) notificaron resultados parecidos; ya que, dentro del estudio que realizaron con 56 adolescentes suecos (con edades entre 13-19 años) recientemente diagnosticados con cáncer, la mayoría reportó que utiliza estrategias de afrontamiento asociadas a un estilo enfocado en la resolución de problemas.

En esta misma línea, las estrategias de afrontamiento que reportaron un índice de uso más elevado fueron la de buscar diversiones relajantes, fijarse en lo positivo, preocuparse y buscar ayuda espiritual; mientras que la que obtuvo un menor registro de uso fue autoinculparse. Estos resultados son semejantes a los mencionados por Iamin y Zagonel (2011) dentro de la revisión teórica que realizan sobre diversos estudios empíricos; así también, estos datos concuerdan con lo hallado por Gaviria et al. (2007), Kyngäs et al. (2000) y Engvall et al. (2011) sobre un mayor uso de la estrategia fijarse en lo positivo dentro de esta población específica.

Asimismo, dentro del contexto peruano, también se observaron similitudes con lo encontrado, previamente, por Zuñiga (2002) y Dextre (2011) en relación a la tendencia de un mayor uso de la estrategia buscar apoyo espiritual en esta población, así como, coincidencias con lo reportado únicamente por Dextre (2011) respecto a lo hallado sobre las estrategias fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes y preocuparse. Sin embargo, se evidenciaron diferencias con los resultados expuestos por Zuñiga (2002) sobre el uso de la estrategia preocuparse, puesto que, la ubica como una de las menos utilizadas por los adolescentes con cáncer.

Los resultados mencionados permiten percibir que los adolescentes entrevistados muestran preferencia por lidiar con su enfermedad a través de un afrontamiento directo y activo, que les permitan espacios de ocio y relaxo, mantener una visión optimista de la situación a pesar de las dificultades, pensando constantemente su futuro, además de buscar

apoyarse en las personas que consideren más cercanas, así como en representaciones de su propia espiritualidad, como puede ser la religión. A su vez, este grupo, al parecer optaría con menor frecuencia por un afrontamiento evitativo para enfrentar las dificultades (Frydenberg, 1997).

A su vez, al evaluar el objetivo específico, se observaron diferencias significativas en el estilo dirigido a resolver el problema y las estrategias buscar diversiones relajantes y distracción física dependiendo del tiempo post-diagnóstico de los participantes. En este sentido, se evidencia que a mayor tiempo transcurrido desde el diagnóstico oncológico en estos pacientes, mayor es la probabilidad de enfrentar su enfermedad a través de un afrontamiento más directo y activo, permitiéndose espacios de ocio y dedicándose a actividades que requieren mayor desenvolvimiento físico (Frydenberg, 1997). Lo mismo que coincide con lo hallado por Franks y Roesch (2006), quienes afirman que las personas con cáncer cuyo tiempo post-diagnóstico es mayor, pueden ser más propensas a utilizar estrategias que tienen como objetivo cuidarse físicamente y poder enfocar y dirigir su atención hacia el tratamiento de su enfermedad.

Esta relación podría sugerir que, tal vez a mayor tiempo post-diagnóstico es mayor la sensación de “haber superado las dificultades hasta ese momento” y haber sobrevivido al cáncer en el largo plazo. También podría ser que las personas con un diagnóstico más largo poseen más información y/o han tenido más contacto con el personal a cargo de su cuidado y tratamiento (personal médico, técnico y de rehabilitación), lo que les ha dado una mayor variedad y amplitud de herramientas que facilita un afrontamiento directo. (Franks & Roesch, 2006)

A su vez, ello podría estar relacionado a lo expuesto por Almanza-Muñoz y Holland (2000); quienes afirman que existen tres fases que atraviesan los pacientes oncológicos: en un primer momento, experimentan una fase de negación; seguida de una fase de confusión en la que la persona empieza a aceptar la realidad; y la tercera y última fase, donde podrían ubicarse los adolescentes entrevistados según los resultados obtenidos, es aquella en la que el paciente regresa gradualmente a su rutina, logrando adaptarse. Puesto que, tan pronto como los efectos del tratamiento empiezan a disminuir, la incertidumbre y los temores desaparecen gradualmente y la creencia del afrontamiento empieza a surgir (Kyngäs et al., 2000)

Esta adaptación no sólo podría estar afectando los tipos de afrontamiento reportados por este grupo, sino que podría ayudarnos a entender los datos obtenidos en relación al bienestar psicológico y sus dimensiones. Como se puede observar en estudios previos, como el que realizaron Engvall, Cernvall, Larsson, Von Essen y Mattsson (2011) con adolescentes oncológicos que fueron evaluados en diferentes momentos de tiempo, observaron que luego de 18 meses después del diagnóstico los adolescentes reportaron un buen, e incluso excelente, funcionamiento psicosocial, mayores niveles de vitalidad, así como menores niveles de ansiedad y depresión, en comparación con un grupo de referencia, e incluso en algunos aspectos, una mejor calidad de vida frente a los meses anteriores.

En este sentido, podríamos entender que luego de un periodo de tiempo, como podrían ser los 18 meses que menciona el estudio, los adolescentes con cáncer empiezan a adaptarse a los cambios que genera su enfermedad; evidenciando, a su vez, un restablecimiento de sus niveles de bienestar psicológico. Siguiendo esta línea, y teniendo en cuenta que el tiempo post-diagnostico promedio de los adolescentes participantes en el presente estudio fue también de 18 meses, y que si bien los niveles utilizados son referenciales al grupo evaluado, puesto que no se cuenta con baremos poblacionales, resulta comprensible que la mayoría reporte un bienestar medio o alto.

De manera más específica, esta evidencia concuerda con lo reportado por Schwartz et al. (2009) y Yallop (2011), y con lo señalado por Castellano, Blasco, Oller, Pérez-Campdepadrós, Sánchez de Toledo, y Capdevila (2009), quienes a partir de un estudio realizado a dos grupos de adolescentes españoles (sanos y oncológicos), encontraron que adolescentes sobrevivientes a una neoplasia reportan una mayor percepción de bienestar psicológico frente al grupo control.

Ocurre lo mismo con las dimensiones de proyectos y vínculos psicosociales, donde la mayoría de los adolescentes participantes puntuó alto; así como respecto a la dimensión control de situaciones donde presentaron un nivel medio. Si bien pueden entenderse estos resultados desde el marco del tiempo post-diagnostico, existen características propias de este grupo que podrían enriquecer dicha comprensión.

Como Kyngäs (2000) explica los adolescentes con una enfermedad crónica están luchando constantemente por su independencia, buscando mantener su confianza y

autoestima, esfuerzos que les permitirían percibir un mayor control de su medio y sobre cómo se relacionan con el mismo. Asimismo, se sabe que los adolescentes están fuertemente orientados hacia el futuro y esperan tener una buena vida (Kynge et al., 2000), a pesar de las adversidades o dificultades del presente, como podría ser el diagnóstico oncológico; a su vez, este tipo de vivencias puede originar cambios en la perspectiva de vida del paciente, generando mayores niveles de empatía y comprensión hacia los otros, cambio que reforzaría los vínculos que establece con su red de soporte, la familia y amigos (Vera, Carbelo, & Vecina, 2006).

Ahora bien, en relación al objetivo principal, al observar los resultados se consideró importante recordar aquellas particularidades del grupo de participantes que fue entrevistado, específicamente, la interacción entre las características de la etapa evolutiva en la que se encuentran y el diagnóstico de enfermedad con el que están lidiando día a día, además del tiempo de diagnóstico, que como vimos, afecta a ambas variables estudiadas..

En primer lugar, respecto al bienestar psicológico global, se observó que éste correlacionó positivamente con el estilo dirigido a resolver el problema y con las estrategias concentrarse en resolver el problema, fijarse en lo positivo y preocuparse. Correlaciones que podrían entenderse a partir de lo propuesto por Iamin y Sanson (2011, pp. 203), quienes exponen que la activación de estrategias de afrontamiento personales del adolescente frente a situaciones adversas, como es el contexto de lidiar con un diagnóstico oncológico, genera la posibilidad de “crecimiento de una multiplicidad de modos de ser y relacionarse, posibilidad amplia que permite la construcción de una nueva relación con la vida, luchando contra lo instituido [asociar el cáncer con la idea de muerte] y dando lugar a la creación de un nuevo lugar para vivir, promoviendo posibilidades de hablar y desarrollar nuevas habilidades sociales”.

Como explica Domínguez (2009), si bien la enfermedad y los tratamientos podrían dificultar la formación de la propia imagen, así como interrumpir sus estudios, además de actividades deportivas y sociales, limitando sus posibilidades de accionar de manera física; los adolescentes diagnosticados podrían estar enfocando sus reacciones, en mayor medida, en respuestas de tipo cognitivo; desarrollando nuevos recursos para adaptarse a estos nuevos retos.

En este sentido, podríamos entender que los adolescentes al encontrarse en un periodo de adaptación en el que su bienestar psicológico se ha restablecido, tras evaluar posiblemente a su enfermedad como un reto y percibiendo cierto restablecimiento del sentido de control, son capaces de generar un crecimiento personal, optando por estilos de afrontamiento más activos y directos, pese a que aún están presentes los temores y la preocupación por la enfermedad.

Por otro lado, en cuanto a la dimensión de control de situaciones, se reportaron correlaciones positivas con las estrategias concentrarse en resolver el problema y fijarse en lo positivo. En este sentido, se conoce que durante la adolescencia la capacidad de poder manejarse adecuadamente dentro de su ambiente y poder relacionarse con el mismo asertivamente, es de suma importancia, pues es parte de lograr su propia independencia (Ryff, 2014). Como expone Feldman (2007, pp. 437) “los adolescentes buscan cada vez más autonomía, independencia y control sobre su vida”.

Sin embargo, la enfermedad puede obstaculizar el logro de esta (Domínguez, 2009) como se explicó anteriormente; a pesar de ello, los adolescentes buscan recursos para poder enfrentarse a dichas dificultades e ir conquistando, paso a paso, su propia independencia y dominio del medio; como se refleja en los resultados mencionados (Kyngäs et al., 2000).

En este sentido, se podría suponer que la interpretación que realiza el adolescente de su propia enfermedad, sumada a la evaluación de sus propios recursos, le permite percibir mayor control de su propio entorno. Como explican Franks y Roesch (2006), la evaluación cognitiva, entendida como la percepción o juicio individual, que realiza una persona, sobre un evento determinando, el nivel de estrés que dicha situación puede generarle según la importancia que le otorgue, sus metas y recursos disponibles, va a permitir diferentes posibilidades de acción.

Por ejemplo, en un estudio que realizaron con pacientes diagnosticados con cáncer, cuando los individuos evalúan su enfermedad como una amenaza utilizarían estrategias enfocadas en resolver el problema, en vez de aquellas que se enfocan en la emoción, como se hipotetizaba en el estudio; lo que podría asociarse a la evaluación secundaria que realizan, valorando sus propios recursos como suficientes para hacer frente a dicha amenaza y lograr un desenlace positivo. Así también, hallaron que los pacientes que evaluaron el cáncer como pérdida o daño, eran más propensos a utilizar estrategias de

afrontamiento de tipo evitativo, centrándose en acciones como la relajación, hacerse ilusiones, descarga emocional, negación o distanciamiento para poder tolerar las emociones que esta experiencia les genera. Por último, si la persona evalúa su enfermedad como un reto, suele utilizar estrategias enfocadas en resolver el problema, como buscar información para resolver el problema, optimismo y reinterpretación positiva; puesto que, podrían considerar que si bien hay una posible pérdida esta no es inevitable y que está dentro de sus capacidades cambiar su futuro. (Franks & Roesch, 2006)

Este panorama permitiría hipotetizar que en relación al grupo de participantes, la mayoría podría estar evaluando su enfermedad como una amenaza que han ido superando, tomando en cuenta el promedio del tiempo post-diagnóstico, y de la cual podrían obtener resultados beneficioso o, en su defecto, no perjudiciales; o estar evaluándola como un reto al que pueden hacerle frente gracias a sus recursos y herramientas.

Con referencia a la dimensión de vínculos psicosociales se observaron correlaciones positivas con el estilo referencia a otros y con las estrategias invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia y preocuparse. Relación que podría entenderse desde lo postulado por Zebrack (2011) sobre que una percepción de altos niveles de apoyo social pueden ayudar a los adolescentes oncológicos a enfrentar su enfermedad y superar la sensación de soledad; en esta misma línea, también afirma que, se ha demostrado que la búsqueda activa de apoyo se asocia a un ajuste positivo. Asimismo, el mismo autor explica que involucrar a otros sobrevivientes de cáncer adolescentes, mejora su bienestar psicológico, configurando la percepción de pertenencia como un factor protector, no obstante para ello, el tipo de vínculo debe lograr cumplir con diferentes tareas, tales como consolar, acompañar, brindar un propósito de vida, aportar una visión positiva y ser incondicional (Lynn, 2006).

Por último, respecto a la dimensión de proyectos, esta presentó correlaciones positivas con el estilo dirigido a resolver el problema, y con las estrategias: fijarse en lo positivo, diversiones relajantes, buscar pertenencia y preocuparse. Como se mencionó previamente, existen aspectos asociados a la etapa evolutiva de los participantes que nos ayudan a comprender estos resultados; por un lado, los adolescentes están orientados hacia el futuro y esperan tener una buena vida (Kynge et al., 2000), expectativa que se refuerza con el sentido de omnipotencia que los hace sentir inmunes a los riesgos que suelen amenazar a otras personas (Klaczynski, 1997, como se citó en Feldman, 2007).

Dichos aspectos evolutivos, sumados a que este grupo podría estar evaluando su propia enfermedad como un reto y no como una pérdida, apostando salir beneficiados luego de su esfuerzo; nos ayudan a entender que los adolescentes suelen optar por un afrontamiento más activo y directo, manteniendo una visión optimista, preocupándose por sus relaciones con los demás, así como por su felicidad futura (Franks & Roesch, 2006; Ryff, 2014; Frydenberg, 1997).

Siguiendo esta línea, todas estas correlaciones también podrían asociarse a un posible crecimiento postraumático experimentado por los entrevistados. El concepto de crecimiento post-traumático, entendido como el cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que realiza a partir de la vivencia de un suceso traumático, ya que la persona no solo consigue resistir dicha experiencia sin sufrir ningún trastorno, sino que además se genera un cambio positivo que la lleva a una condición mejor respecto a la que se encontraba antes de ocurrir el evento movilizador (Calhoun & Tedeschi, 1999).

De este modo, como mencionan Engvall, Cernvall, Larsson, Von Essen y Mattson (2011), los individuos expuestos a un evento traumático durante la adolescencia, como es el diagnóstico oncológico y su tratamiento, pueden experimentar una pronta maduración, una mejora en su desarrollo emocional y una mayor apreciación de la vida; incluyendo cambios en la autopercepción, las relaciones interpersonales y la filosofía de la vida.

A manera de conclusión, se pudo observar que el grupo de adolescentes que participó del estudio presenta una tendencia por utilizar, en mayor medida, un estilo de afrontamiento activo y constante; orientado hacia estrategias enfocadas, principalmente, en análisis o reinterpretaciones cognitivas, así como en el soporte social; también se halló que el tiempo post-diagnóstico juega un papel importante en el afrontamiento de los adolescentes con cáncer. Asimismo, reportaron un bienestar psicológico, a nivel global y en cada una de sus dimensiones, medio o alto; lo que podría estar evidenciando cierto grado de adaptación a la enfermedad, así como reflejar un grupo que posee recursos para lidiar con situaciones adversas, como lo es una enfermedad crónica.

Asimismo, respecto al objetivo general, se observó que el bienestar psicológico global correlacionó con estilos y estrategias de afrontamiento que implican trabajo a nivel cognitivo, similar a las correlaciones presentadas por la dimensión de control de

situaciones; mientras que la dimensión de vínculos psicosociales correlacionó con estilos y estrategias que se relacionan a la búsqueda de soporte social adecuado y desarrollo de empatía, mientras que la dimensión de proyectos correlacionó con estilos y estrategias que si bien se enfocan en un trabajo cognitivo, este está orientado a la idea de un mejor futuro.

Luego de realizar el estudio, es importante mencionar las limitaciones que se encontraron. Se identificó que al no tomar en cuenta el momento del diagnóstico, no solo se trabajó con adolescentes con cáncer, sino también con adolescentes sobrevivientes a un cáncer infantil y diagnosticado en la pubertad, que si bien son minoría y no distorsionaron los resultados, se reconoce que no es posible suponer que la experiencia del cáncer en la infancia y la adolescencia sean directamente comparables como consecuencia de las diferencias en las etapas del desarrollo y la capacidad para comprender la situación que les toca vivir (Jörngarden et al., 2007).

A nivel estadístico, el tamaño de muestra utilizado podría resultar pequeño, en comparación con otras investigaciones psicológicas, por lo que se recomienda ampliar su cobertura a un número mayor de participantes; esto con la finalidad de otorgar una mayor validez a los resultados, además se sospecha que podrían hallarse nuevos resultados significativos.

Por otro lado, en vista de la evidencia encontrada, se sugiere continuar investigando en esta población; a fin de complementar el estudio de ambos constructos con variables que puedan profundizar en el soporte social que perciben estos adolescentes durante su proceso de enfermedad; ello con el propósito de identificar recursos que puedan serles de utilidad y faciliten su adaptación. En esta misma línea, también se considera importante indagar en las variables de estudio, a nivel de las diferentes fases de la enfermedad, en pro de mejorar y afinar el tipo de abordaje con esta población.

A lo largo de la investigación, a partir de la bibliografía recopilada y de poder observar personalmente cómo se desenvuelven los adolescentes durante su proceso de hospitalización y tratamiento, resalta la gran necesidad de continuar con investigaciones que, como esta, permitan conocer y entender un poco más las situaciones y realidades que experimenta este grupo; esto en la línea de aportar conocimiento para lograr un mejor acompañamiento y abordaje psicosocial.

Referencias Bibliográficas

- Almanza-Muñoz, J.J., & Holland, J.C. (2000). Psicooncología: Estado Actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 16(3), 196-206. Recuperado de <http://www.cuidadospaliativos.org/archives/Psicooncologia,%20estado%20actual%20y%20perspectivas%20futuras.pdf>
- Cádiz, V., Urzúa, A., & Campbell, B. (2011). Calidad de vida en niños y adolescentes sobrevivientes de leucemia linfoblástica aguda. *Revista Chilena Pedriatría*, 82(2), 113-121. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062011000200005>
- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: a clinician's guide*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc. Publishers.
- Canessa, B. (2002). Adaptación psicométrica de las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima metropolitana. *Persona* 5, 191-233.
- Cassaretto, M., & Martínez, P. (2009). Validación de la escala del sentido del humor en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología*, 27(2), 287-309.
- Castellano, C., Blasco, T., Oller, A., Perez-Campdepadrós, M., Sánchez de Toledo, J., & Capdevila, L. (2009). Calidad de vida en niños y adolescentes sobrevivientes de leucemia linfoblástica aguda. *Medicina Clínica*, 133(20), 783-786. doi: 10.1016/j.medcli.2009.04.034
- Casullo, M. M., & Castro, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes argentinos. *Revista de Psicología de la PUCP*, vol. 18, n° 1, 35-68.
- Chaves, C. (2014). *Emociones positivas y bienestar en niños con enfermedades crónicas* (Tesis doctoral inédita). Recuperado de <http://eprints.ucm.es/28422/>
- Chen, F.F., Jing, Y., Hayes, A., & Lee, J. M. (2013). Two concepts or two approaches? A bifactor analysis of psychological and subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1033-1068. doi: 10.1007/s10902-012-9367-x
- Comisión de psicología de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer (2009). *Intervención psicosocial en adolescentes con cáncer*. España: Federación Española de Padres de Niños con Cáncer. Recuperado de <http://cancerinfantil.org/wp->

- content/uploads/Libro-Interv.Psicosocial-en-Adolescentes-C%C3%A1ncer-FEPNC.pdf
- Cuevas-Urióstegui, M. L., Villasis-Keever, M.A., & Fajardo-Gutiérrez, A. (2003). Epidemiología del cáncer en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45(1), 115-123. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609515>
- Decker, C.L., Haase, J.E., & Bell, C.J. (2007). Uncertainty in adolescents and young adults with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34(3), 682-688. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/6264483_Uncertainty_in_Adolescents_and_Young_Adults_With_Cancer
- Dextre, G. (2011). *Percepción de función parental y estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes con cáncer* (Tesis de licenciatura). Recuperado de Repositorio de Pontificia Universidad Católica del Perú
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/BF01207052>
- Diez, M., Galarregui, M., & Keegan, E. (2011). *Adolescentes sobrevivientes de cáncer: Estrategias de afrontamiento, bienestar psicológico y síntomas psicopatológicos – estado del arte*. Argentina: III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.aacademica.com/000-052/208.pdf>
- Engvall, G., Cernvall, M., Larsson, G., Von Essen, L., & Mattsson, E. (2011). Cancer during adolescence: Negative and positive consequences reported three and four years after diagnosis. *PLoS ONE*, 6(12), 1-5. doi: 10.1371/journal.pone.0029001
- Engvall, G., Mattsson, E., Von Essen, L., & Hedström, M. (2011). Findings on how adolescents cope with cancer: a matter of methodology?. *Psycho-Oncology*, 20, 1053-1060.
- Evan, E.E., & Zeltzer, L.K. (2006). Psychosocial dimensions of cancer in adolescents and young adults. *American Cancer Society*, 1663-1671. doi: 10.1002/cncr.22107

- Feldman, R.S. (2007). *Desarrollo psicológico: a través de la vida*. México: Pearson Education, 4ta edición.
- Figuerola, M.I., Contini, N., Lacunza, A.B, Levín, M., & Suedan, A.E. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico: Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucuman, Argentina. *Anales de psicología*, 21(1), 66-72.
- Franks, H.M. & Roesch, S.C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 15, 1027-1037.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1993). *Manual: The adolescent coping scale*. Melbourne: Australian Council for Educational Research.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1994). *Coping with different concerns: consistency and variation in coping strategies used by adolescent*. Australia: Australian Psychologist.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent Coping: Theoretical and Research Perspective*. Londres: Routledge.
- Frydenberg, E. (2008). *Adolescent Coping: Advances in Theory, Research and Practice*. Londres: Routledge.
- García, M.A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*, 6, 18-39. Recuperado de http://escritosdepsicologia.es/descargas/revistas/num6/escritospsicologia6_analisis1.pdf
- Garín, N. (2011). *Problemas, afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Gaviria, A.M., Vinaccia, S., Riveros, M.F., & Quinceno, J.M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Iamin, S.R.S., & Zagonel, I.P.S. (2011). The coping strategies and the adolescent with cancer. *Psicología Argumento*, 29(67), 427-435. Recuperado de <http://biblat.unam.mx/es/revista/psicologia-argumento/articulo/estrategias-de-enfrentamiento-coping-do-adolescente-com-cancer>

- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). (2004). *Reporte de Perfil Epidemiológico 2000-2004*. Lima, Peru. Recuperado de <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.pdf>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). (2014). *Indicadores de Gestión Anual*. Lima, Perú. Recuperado de <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-estadisticos/730-indicador-anual-2014.html>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2014). *El pronóstico del cáncer*. Estados Unidos. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/pronostico>
- International Agency for Research on Cancer (IARC). (2014). Global battle against cancer won't be won with treatment alone: Effective prevention measures urgently needed to prevent cancer crisis. *Comunicado de prensa*, 224. Recuperado de http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2014/pdfs/pr224_E.pdf
- Jörngarden, A., Mattsson, E., & Von Essen, L. (2007). Health-related quality of life, anxiety and depression among adolescents and young adults with cancer: a prospective longitudinal study. *European Journal of Cancer*, 43, 1952-1958.
- Kyngäs, H. (2000). Compliance of adolescents with chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 549-556. doi: 10.1046/j.1365-2702.2000.00368.x
- Kyngäs, H., Mikkonen, R., Nousiainen, E.M., Rytulahti, M., Seppänen, P., Vaattovaara, R., & Jamsä, T. (2000). Coping with the onset of cancer: Coping strategies and resources of young people with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 10, 6-11.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company Inc.
- Lehmann, V., Grönqvist, H., Engvall, G., Ander, M., Tuinman, M.A., Hagedoom, M., Sanderman, R., Mattsson, E. & Von Essen, L. (2014). Negative and positive consequences of adolescent cancer 10 years after diagnosis: an interview-based longitudinal study in Sweden. *Psycho-Oncology*, 23, 1229-1235. doi: 10.1002/pon.3549
- Lewis, I. (1996). Cancer in adolescence. *British Medical Bulletin*, 52(4), 887-897. Recuperado de <http://bmb.oxfordjournals.org/content/52/4/887.long>

- Lynn, R. (2006). The importance of being there: perspectives of social support by adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23(3), 122-134. doi: 10.1177/1043454206287396
- Moreno, A. (2007). *La adolescencia*. Barcelona: Editorial UOC.
- Moreno, F., Dussel, V., Loria, D. & Orellana, L. (2012). *Registro oncopediátrico hospitalario argentino: Incidencia 200-2009, Supervivencia 2000-2007, Tendencia de mortalidad 1997-2010*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000164cnt-20-RegistroOncopediatricoHospitalarioArgentino_SobrevidaCancerInfantil_2012.pdf
- Nicolson, D. & Ayers, H. (2001). *Problemas de la adolescencia: guía práctica para el profesorado y la familia*. Madrid: Narcea.
- Noel, G., Dánello, S., Araujo, L., & De Sousa, J. (2012). Factores emocionales y familiares asociados a la adaptación de niños y adolescentes con cáncer: Reporte de 10 casos. *MedULA*, 21, 140-146. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/36508/1/articulo8.pdf>
- Ortigosa, J.M., & Mendez, F. (2000). *Hospitalización infantil: Repercusiones psicológicas*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Páramo, M.A. (2008). *Adolescencia y psicoterapia: análisis de significados a través de grupos de discusión* (Tesis doctoral). Recuperado de http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/22569/1/DPETP_Adolescencia%20y%20psicoterapia.pdf
- Pereña, J. & Seisdedos, N. (1997). *ACS: Escalas de afrontamiento para adolescentes*. Madrid: TEA
- Phipps, S. (2007). Adaptative style in children with cáncer: implications for positive psychology approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(9), 1055-1066. doi: 10.1093/jpepsy/jsm060
- Ramos, W.C., & Venegas, D.R. (2013). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013*. Lima, Ministerio de Salud del Perú. Recuperado de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revised. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.

- Ryff, C. D., Singer, B.H., & Love, G.D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 359, 1383-1394.
- Ryff, C.D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychother Psychosom*, 83, 10-28.
- Schwartz, I.A., Kazak, A.E., & Mougianis, I. (2009). En O'Donohue, W., Tolle, L.W. (Eds.), *Behavioral approaches to chronic disease in adolescence: A guide to integrative care* (pp. 197-216). New York: Springer Publishing.
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica - Dirección General de Epidemiología (SINAVE-DGE). (2011). *Perfil epidemiológico de cáncer en niños y adolescentes en México*. Mexico DF, Mexico. Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DEL_CANCER_EN_NI%C3%91OSyADOLESCENTES_MEXICO.pdf
- Till, T. (2004). *Coping with cancer: The adolescent experience* (Tesis de maestría). Recuperado de <http://dlibrary.acu.edu.au/digitaltheses/public/adt-acuvp70.25092005/01front.pdf>
- U.S. Cancer Statistics Working Group. (2017). *United States Cancer Statistics: 1999-2014 Incidence and Mortality Web-based Report*. Atlanta: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and National Cancer Institute. Recuperado de <https://nccd.cdc.gov/uscs/childhoodcancerbyprimarysite.aspx>
- Vazquez, C. & Hervas, G. (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial
- Yallop, K. (2011). *The self-reported psychosocial wellbeing of adolescent childhood cancer survivors in New Zeland* (Tesis de maestría). Recuperado de <http://aut.researchgateway.ac.nz/bitstream/handle/10292/1737/YallopK.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

- Zubieta, E., Muratori, M., & Fernandez, O. (2012). Bienestar subjetivo y psicosocial: explorando diferencias de género. *Salud & Sociedad*, 3(1), 66-76. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0718-74752012000100005&script=sci_abstract
- Zuñiga, C. (2002). *Afrontamiento en un grupo de adolescentes diagnosticados con leucemia que se encuentran recibiendo quimioterapia* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.







APÉNDICES



Apéndice A

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Fiorella Aubert Cabrera, estudiante de la carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de este estudio es comprender mejor los aspectos psicológicos relacionados al cáncer en pacientes adolescentes, para que ello sea puesto al servicio de una mejoría de la calidad de vida de dichos pacientes.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder tres cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 45 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Lic. Rocío Soto, supervisora del proyecto, al correo electrónico: rocio.sotob@pucp.pe.

Para respuestas a las preguntas sobre los derechos de los participantes contactar con el Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del INEN: Arístides Juvenal Sánchez Lihón, y los siguientes datos del CIEI: telf.: 201-6500 anexo: 3001 con correo electrónico: comité_etica@inen.sld.pe

Firma del Participante

Firma del Investigador

Fecha

Apéndice B

Consentimiento Informado – Padres/Tutores

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los padres o tutores de los participantes de esta investigación de una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como del rol que los participantes desarrollaran en ella.

La presente investigación es conducida por Fiorella Aubert Cabrera, estudiante de la carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de este estudio es comprender mejor los aspectos psicológicos relacionados al cáncer en pacientes adolescentes, para que ello sea puesto al servicio de una mejoría en la calidad de vida de dichos pacientes.

Si usted autoriza la participación en este estudio del menor a cargo, se le pedirá al participante responder preguntas de tres cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 45 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas de los participantes a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, usted o el menor a cargo, puede hacer las preguntas correspondientes. Igualmente, el participante puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista resulten incómodas para el participante, este tiene el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradezco su colaboración.

Autorizo voluntariamente la participación del menor a cargo en esta investigación, me han indicado también que el participante tendrá que responder tres cuestionarios. Reconozco que la información que se provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

De tener preguntas sobre la participación en este estudio, puedo contactar a la Lic. Rocío Soto, supervisora del proyecto, al correo electrónico: rocio.sotob@pucp.pe.

Para respuestas a las preguntas sobre los derechos de los participantes contactar con el Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del INEN: Arístides Juvenal Sánchez Lihón, y los siguientes datos del CIEI: telf.: 201-6500 anexo: 3001 con correo electrónico: comité_etica@inen.sld.pe

Firma del Participante

Firma del Investigador

Fecha

Apéndice C

Asentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Fiorella Aubert Cabrera, estudiante de la carrera de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La meta de este estudio es comprender mejor los aspectos psicológicos relacionados al cáncer en pacientes adolescentes, para que ello sea puesto al servicio de una mejoría de la calidad de vida de dichos pacientes.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de tres cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 45 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradezco su participación.

Firma del Participante

Firma del Investigador

Fecha

Apéndice D

Ficha de datos sociodemográficos

Sexo _____

Edad _____

Religión:

Ninguna	
Católica	
Cristiana	
Evangélica	
Mormona	
Testigos de Jehová	
Otra	

Especificar: _____

Ocupación actual _____

Ocupación previa a la enfermedad _____

Nivel de Instrucción:

Ninguno	
Primaria incompleta	
Primaria completa	
Secundaria incompleta	
Secundaria completa	
Superior incompleta	
Otro	

Especificar: _____

Estado civil:

Soltero (a)	
Casado (a)	
Conviviente	
Otro	

Especificar: _____

¿Actualmente tiene pareja?

Si		No	
----	--	----	--

*Si la respuesta es "Si", ¿Cuál es el tiempo de la relación? _____

Tipo de seguro:

SIS	
EsSalud	
Seguro Privado	

No asegurado	
--------------	--

Lugar de procedencia _____

Lugar de residencia _____

Personas con las que vive en su lugar de PROCEDENCIA:

Papá	
Mamá	
Hermanos(as)	
Abuelo(a)	
Tíos(as)	
Primos(as)	
Otro	

Especificar: _____

Especificar: _____

Especificar: _____

Especificar: _____

Especificar: _____

*Si procede de un lugar fuera de Lima, especificar tiempo de residencia en Lima: _____

*¿Quién lo acompaña en Lima? _____

Personas con las que vive en Lima

Papá	
Mamá	
Hermanos(as)	
Abuelo(a)	
Tíos(as)	
Primos(as)	
Otro	

Especificar: _____

Especificar: _____

Especificar: _____

Especificar: _____

Especificar: _____

Durante el proceso de la enfermedad, ¿Recibió Terapia Psicológica?:

Si		No	
----	--	----	--

Actualmente, ¿Recibe Terapia Psicológica?

Si		No	
----	--	----	--

Apéndice E

Ficha de información médica

Tipo de cáncer _____

Tiempo post-diagnóstico _____

Estadio clínico _____

Tratamiento actual:

Ninguno	
Quimioterapia	
Radioterapia	
Cirugía	
Otros*	

*¿Cuáles? _____

Tratamientos previos:

Ninguno	
Quimioterapia	
Radioterapia	
Cirugía	
Otros*	

*¿Cuáles? _____

Apéndice F

Análisis de confiabilidad – Escala de Afrontamiento para Adolescentes

Tabla 4

Confiabilidad de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS)

	Ítems asociados	N° de elementos	Confiabilidad
Estilo 1: Dirigido a resolver el problema	02, 03, 16, 18, 19, 21, 22, 34, 36, 37, 39, 40, 52, 54, 55, 57, 58, 70, 73, 74	20	$\alpha = .895$
Concentrarse en resolver el problema	02, 21, 39, 57, 73	5	$\alpha = .813$
Esforzarse y tener éxito	03, 22, 40, 58, 74	5	$\alpha = .665$
Fijarse en lo positivo	16, 34, 52, 70	4	$\alpha = .661$
Buscar diversiones relajantes	18, 36, 54	3	$\alpha = .507$
Distracción física	19, 37, 55	3	$\alpha = .890$
Estilo 2: Referencia a otros	01, 05, 06, 15, 17, 20, 24, 25, 33, 35, 38, 42, 43, 51, 53, 56, 60, 61, 69, 71, 72, 76, 77	23	$\alpha = .886$
Buscar apoyo social	01, 20, 38, 56, 72	5	$\alpha = .718$
Invertir en amigos íntimos	05, 24, 42, 60, 76	5	$\alpha = .635$
Buscar pertenencia	06, 25, 43, 61, 77	5	$\alpha = .713$
Acción social	10, 11, 29, 47, 65	5	$\alpha = .308$
Buscar apoyo espiritual	15, 33, 51, 69	4	$\alpha = .659$
Buscar ayuda profesional	17, 35, 53, 71	4	$\alpha = .833$
Estilo 3: Afrontamiento no productivo	04, 07, 08, 13, 14, 23, 26, 27, 31, 32, 41, 44, 45, 49, 50, 59, 62, 63, 67, 68, 75, 78, 79	23	$\alpha = .734$
Preocuparse	04, 23, 41, 59, 75	5	$\alpha = .619$
Hacerse ilusiones	07, 26, 44, 62, 78	5	$\alpha = .523$
Falta de afrontamiento	08, 27, 45, 63, 79	5	$\alpha = .425$
Reducción de la tensión	09, 28, 46, 64, 80	5	$\alpha = .388$
Ignorar el problema	12, 30, 48, 66	4	$\alpha = .367$
Autoinculparse	13, 31, 49, 67	4	$\alpha = .791$
Reservarlo para sí	14, 32, 50, 68	4	$\alpha = .653$

Apéndice G

Análisis de confiabilidad – Escala de Bienestar Psicológico

Tabla 5

Confiabilidad de la Escala Bienestar Psicológico (BIEPS-J)

	Ítems asociados	Número de elementos	Confiabilidad
Bienestar Psicológico global	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13	13	$\alpha = .681$
Control de situaciones	01, 05, 10, 13	4	$\alpha = .601$
Vínculos psicosociales	02, 08, 11	3	$\alpha = .507$
Proyectos	03, 06, 12	3	$\alpha = .522$
Aceptación de sí mismo	04, 07, 09	3	$\alpha = .417$

